|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12_de_octubre jpg.jpg  **UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS** | **9. CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS Y ARTERIAL EN LA ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA** | **VERSIÓN** |
| **Fecha publicación:**  **Mayo del 2025**  **Fecha prevista actualización:**  **Autores:**  **Juan Arroyo Diaz**  **Patricia García Magan**  **Eloísa**  **Rocio Santos**  **Carolina Mudarra Reche** |
| **Hoja** 1 **de 3** |

|  |
| --- |
| **OBJETIVOS** |
| * Establecer las indicaciones de canalización venosa y arterial en la atención inicial al trauma. * Consensuar la vía de acceso según la situación clínica o la sospecha de lesiones. * Definir el material necesario para garantizar una canalización adecuada según las medidas básicas de asepsia tanto en situaciones de urgencia como en casos electivos. |
| **DESARROLLO** |
| 1. **Introducción**  * Durante la atención inicial del paciente con enfermedad traumática, la evolución clínica puede ser rápidamente cambiante, lo que hace imprescindible garantizar una resucitación adecuada mediante el establecimiento de al menos dos accesos venosos periféricos. * Sin embargo, en situaciones de inestabilidad clínica, la canalización de vías periféricas puede resultar dificultosa, especialmente cuando se requiere la administración urgente de drogas vasoactivas, hemocomponentes o hemoderivados. En estos casos, debe valorarse la necesidad de un acceso venoso central, en función del tipo y localización de las lesiones traumáticas del paciente. * Asimismo, puede ser necesario instaurar una monitorización hemodinámica invasiva a través de una arterial central femoral, lo que permite evaluar con mayor precisión la situación clínica, guiar de forma más eficaz la resucitación inicial y considerar, si está indicado, la colocación de un dispositivo temporal como puente a la implementación de un REBOA. * Además, en casos de estabilidad clínica, pero con presencia de lesiones asociadas —como fracturas en extremidades superiores— puede haber dificultad para obtener accesos venosos periféricos, lo que justifica la preferencia por accesos centrales. * Por todo ello, este protocolo tiene como objetivo definir las indicaciones, vías de acceso y material necesario para asegurar una adecuada canalización venosa en el contexto del paciente traumático.  1. **Indicaciones y tipo de acceso**  * **Indicaciones** * **Tipo y lugar de acceso**   *ACCESO VENOSO: Catéter subclavio derecho de elección*    *ACCESO ARTERIAL*     1. **Preparación de material, canalización y recambio de dispositivos**  * Antes de la canalización, se debe realizar una limpieza exhaustiva de la zona con clorhexidina alcohólica y preparar el material correspondiente, descrito en los Anexos 1, 2 y 3, en función del tipo de dispositivo a colocar. * En pacientes hemodinámicamente estables, la colocación del catéter se realizará de forma electiva, siendo de primera elección un catéter venoso central (CVC) subclavio de tres luces. El procedimiento debe llevarse a cabo siguiendo estrictamente las medidas de asepsia establecidas por el proyecto Bacteriemia Zero. * En situaciones urgentes o emergentes, una vez estabilizado el paciente, se recomienda valorar el recambio precoz del catéter venoso central dentro de las primeras 24–48 horas, utilizando para su nueva colocación las medidas de prevención del proyecto Bacteriemia Zero. * Asimismo, se deberá proceder a la retirada de las vías venosas canalizadas en el medio prehospitalario dentro de las primeras 24 horas desde su inserción. |
| **ANEXOS** |
| **ANEXO 1:** **Colocación de catéter venoso central en paciente inestable**    **ANEXO 2:** **Colocación de acceso femoral en la atención inicial**    **ANEXO 3: Colocación de REBOA tipo COBRA-OS** |

**DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES DEL PROTOCOLO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** | **DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES DEL PROTOCOLO** |
|  |  |